

MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA  
PSICOGERONTOLOGIA

**Atitudes face ao Envelhecimento:  
Adaptação e validação portuguesa  
do *Attitudes to Ageing Questionnaire*, versão  
curta (AAQ-I2)**

**Carolina Neves Lopes da Cunha**

**M**

**2018**



**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**ATTITUDES FACE AO ENVELHECIMENTO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO  
PORTUGUESA DO *ATTITUDES TO AGEING QUESTIONNAIRE*, VERSÃO  
CURTA (AAQ-12)**

**Carolina Neves Lopes da Cunha**

Junho 2018

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia - Psicogerontologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***São Luís Castro*** e coorientada pela Doutora ***Teresa Limpo*** (FPCEUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## AGRADECIMENTOS

*À minha família,  
Inesgotável fonte de inspiração e suporte.  
O meu rochedo.*

*Amizades genuínas germinaram,  
E floresceram deste Mestrado,  
Para permanecerem ligações duradouras.  
Vínculos improváveis, porém fortes.*

*Para todos os Gerontólogos,*

*aqueles que encaram holisticamente o envelhecimento como um  
percurso de vida;  
aqueles que procuram dar mais vida aos anos;  
aqueles que respeitam a idiosincrasia humana;  
aqueles que se dedicam a potenciar o desenvolvimento e as capacidades  
das pessoas à medida que envelhecem;  
aqueles que investigam em prol da população idosa, e os que procuram  
introduzir na sua prática serviços, intervenções/terapias e políticas que  
promovam o envelhecimento bem-sucedido, produtivo, com saúde e  
qualidade de vida e a manutenção de um compromisso ativo com a vida.*

*Grata aos duzentos e quarenta e oito senhores e senhoras que  
amavelmente despenderam do seu tempo e reflexão em prol desta  
investigação.*

*Obrigado Professora Doutora São Luís Castro e Professora Doutora  
Teresa Limpo pelas considerações, tempo e apoio facultados.*

## Resumo

As atitudes face ao envelhecimento formam-se da infância à velhice, e da sociedade para a pessoa. Elas são largamente moldadas pelo idadismo, resultando numa construção societal negativa da velhice e acarretando consequências para o próprio indivíduo ao envelhecer, pois os estereótipos podem converter-se em auto-percepções e influenciar negativamente a experiência subjetiva de envelhecimento, comprometendo o alcance do envelhecimento bem-sucedido. O objetivo do presente estudo é apresentar a versão portuguesa do Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ-12), que engloba três dimensões: Mudança Física (MF), Perda Psicossocial (PP) e Crescimento Psicológico (CP). O instrumento foi administrado a 236 idosos portugueses com 60 ou mais anos, que também forneceram dados sociodemográficos e preencheram um conjunto de medidas para avaliar ansiedade, depressão, qualidade de vida, satisfação com a saúde, estado de saúde atual e personalidade. Foi conduzida uma Análise Fatorial Confirmatória, cujos resultados foram idênticos aos obtidos com a versão original e outras traduções. Também se alcançaram valores adequados de consistência interna nas três subescalas ( $\alpha_{MF} = .62$ ,  $\alpha_{PP} = .59$  e  $\alpha_{CP} = .68$ ). Verificou-se também que atitudes positivas face ao envelhecimento se correlacionam com menor idade, maior escolaridade, ausência de ansiedade e depressão, maior qualidade de vida e satisfação com a saúde, melhor estado de saúde e personalidade. O instrumento é ainda capaz de discriminar atitudes face ao envelhecimento entre idosos com presença/ausência de ansiedade e depressão. Em conclusão, o AAQ-12 português apresenta boas propriedades psicométricas e pode ser uma mais valia nas avaliações conduzidas por profissionais que trabalham com idosos.

**Palavras-chave:** idosos; envelhecimento; atitudes; Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ); estereótipos; idadismo; envelhecimento bem-sucedido; validação

## Abstract

Attitudes to ageing are formed from childhood to old age, and from society to the individual. They are largely shaped by ageism, resulting in a negative societal conception of old age and entailing consequences for the individual himself as he grows old, since stereotypes can become self-perceptions and influence negatively the subjective experience of aging, compromising the reach of the successful aging. This study aimed to present the Portuguese version of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ-12), which comprises three dimensions: Physical Changes (PC), Psychosocial Loss (PL) and Psychological Growth (PG). The instrument was administered in a sample of 236 Portuguese elders, aged 60 years and older, who also provided data on sociodemographics and completed a set of measures to assess anxiety, depression, quality of life, health satisfaction, current health status and personality. Confirmatory Factor Analysis was conducted, whose results were identical to those obtained with the original version and other translations. Adequate internal consistency values in the three subscales were also achieved ( $\alpha_{PC} = .62$ ,  $\alpha_{PL} = .59$  and  $\alpha_{PG} = .68$ ). It was also verified that positive attitudes to ageing are correlated with younger age, higher education, absence of anxiety and depression, higher quality of life and health satisfaction, better health status and personality. The instrument is further able to discriminate attitudes to ageing between elders with presence/absence of anxiety and depression. In conclusion, the Portuguese AAQ-12 shows good psychometric properties and can be an asset in the assessments conducted by professionals working with the elderly population.

**Keywords:** elderly; aging; attitudes; Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ); stereotypes; ageism; successful aging; validation

## 1. Introdução

Em Portugal, tem-se vindo a assistir ao aumento do Índice de Envelhecimento, existindo 127.8 pessoas com 65 e mais anos, por cada 100 crianças até aos 14 anos de idade (dados de 2013, Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013a). Em 2016, aos 65 anos, a esperança de vida era de mais 20.73 anos para as mulheres e 17.44 anos para os homens (INE, 2017). Por conseguinte, o Índice de Longevidade também aumenta, o que se traduz numa população idosa mais envelhecida, com cerca de 51% de mulheres e 44% de homens com 75 e mais anos, por cada 100 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2013b). Neste sentido, dada a heterogeneidade e especificidade da população idosa, instrumentos de avaliação, terapias, serviços, políticas e investigação em Gerontologia são cruciais para um envelhecimento bem-sucedido, que acompanhe o aumento da longevidade. Face esta realidade, a presente investigação reveste-se de relevância, pois trata-se da validação de um instrumento de atitudes face ao envelhecimento – o Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) –, que visa compreender a experiência subjetiva de envelhecimento pela própria pessoa idosa, o que possibilita minimizar custos sociais e de saúde a longo prazo, ao ser encarado de forma preventiva/preditora.

As atitudes são construtos que afetam diretamente o envelhecimento. Uma atitude consiste numa resposta avaliativa em relação a um objeto do pensamento, e engloba respostas afetivas, comportamentais e cognitivas (Vogel & Wanke, 2016). Assim, à luz desta ideia, uma pessoa idosa pode acreditar, por exemplo, que a velhice engloba doença, o que aumenta o risco de morte (resposta cognitiva); pode ficar deprimida com a perda da sua independência funcional (resposta afetiva); e acomodar-se, tornar-se sedentária e não adotar um estilo de vida saudável (resposta comportamental). Daqui decorrem consequências (e.g., condições de saúde, isolamento social), pois as atitudes possuem um enorme impacto: influenciam a perceção, o pensamento, o comportamento e outras atitudes; determinam a forma como processamos informação relativa ao objeto da atitude; são centrais na vida social; reafirmam a nossa própria identidade; contribuem para a opinião pública e moldam os valores da sociedade (Vogel & Wanke, 2016). Logo, as atitudes das pessoas, num todo, moldam a forma como a velhice é vista, aquilo que se espera do processo de envelhecimento e do ser-se idoso(a). Que, consecutivamente, influenciará a forma como a velhice será vivida pelo indivíduo. Se a sociedade e a própria pessoa possuem uma conceção depreciativa da velhice, então esperar-se-á que as atitudes das pessoas idosas face ao próprio envelhecimento sejam negativas, e haja comprometimento do alcance do desejável envelhecimento bem-

sucedido. Em 1997, Rowe e Kahn avançam o conceito de envelhecimento bem-sucedido, onde os fatores extrínsecos (estilo de vida, fatores ambientais e comportamentais) contrariam ou neutralizam os intrínsecos (senescência celular, acumulação de lesões bioquímicas, modificações fisiológicas). Sumariamente, o envelhecimento bem-sucedido assenta no poder e controlo dos fatores extrínsecos, e na variabilidade intra-individual, suportando-se em três pilares: reduzida probabilidade de doença e de incapacidade associada a doença; alta capacidade de funcionamento cognitivo e físico; compromisso ativo com a vida. A relação entre os três é de certa forma hierárquica, e vai mais além da ausência de doença, para uma manutenção das capacidades funcionais, e a sua combinação com um compromisso ativo com a vida.

A construção negativa da velhice resulta largamente do idadismo (ageism). Butler (1969) define-o como discriminação baseada na idade, ou preconceito de um grupo etário em relação a outros grupos etários. Geralmente, as pessoas mais jovens apresentam desagrado em envelhecer, associando-lhe doença, incapacidade, impotência e inutilidade. Estas conceções idadistas, assimiladas e perpetuadas de geração em geração, reforçam o estereótipo, para além de contribuírem para o isolamento deste grupo etário e estar na origem da falta de apoios/respostas/políticas gerontológicas (Butler, 1969). Culturalmente, as pessoas idosas são consideradas indiferenciadamente, e enquanto indivíduos fracos, dependentes, vulneráveis, suscetíveis e improdutivos – estereótipos que resultam do exagero de determinadas características, na maioria irreais ou deturpadas. Desta forma, as competências individuais das pessoas são relegadas para segundo plano, ignorando-se a variabilidade inter-individual. O idadismo traz várias consequências. Sendo dirigidos à própria pessoa, os estereótipos podem converter-se em auto-perceções de envelhecimento (Levy, 2009). Estudos longitudinais verificaram que pessoas com auto-perceções de envelhecimento mais positivas gozaram de melhor saúde funcional na velhice (Levy, Slade & Kasl, 2002) e viveram em média 7.5 anos de vida adicionais, comparativamente àqueles que tinham auto-perceções negativas (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2002). Considera-se que os estereótipos são incorporados pela pessoa idosa, quando a sua assimilação, a partir da visão da sociedade, origina auto-definições que afetam a sua saúde e funcionamento (Levy, 2009). A “Stereotype Embodiment Theory” de Levy (2009) é fundamental para clarificar a formação de atitudes face ao envelhecimento. Assenta em quatro componentes: os estereótipos internalizam-se ao longo do ciclo vital; os estereótipos podem atuar inconscientemente; os estereótipos ganham importância pela auto-relevância; os estereótipos fazem uso de múltiplas vias – exercem influência psicológica, comportamental e fisiológica.



Este é um processo que ocorre em duas direções: top-down (da sociedade para a pessoa) e ao longo do tempo (da infância à velhice). Investigação longitudinal verificou que possuir estereótipos negativos associados à idade, na juventude, é preditor de pior saúde na velhice, como probabilidade aumentada para evento cardiovascular (Levy, Zonderman, Slade & Ferrucci, 2009). Se às pessoas idosas, no quotidiano, faltar o estímulo para detetar idadismo, isso resultará que elas possam atribuir a sua saúde diminuída ao envelhecimento, e não a fatores relacionados com o estilo de vida, por exemplo, negligenciando comportamentos preventivos de saúde. Adicionalmente, o estereótipo ganha auto-relevância para a pessoa, assim que acarreta consigo uma auto-identificação com o grupo das pessoas idosas (por marcos e pistas sociais normalmente pejorativos), na transição da meia-idade à velhice. Portanto, adquire auto-relevância com o tempo (Levy, 2009).

A incorporação inconsciente e cumulativa de estereótipos pode levar a pessoa a tomar atitudes negativas face ao envelhecimento, gerindo-se pelas definições enviesadas que lhe são apresentadas, e consequentemente afetando o seu funcionamento global. Avaliar a natureza das atitudes face ao envelhecimento, por forma a modificá-las, considerando os seus efeitos nefastos, torna-se essencial. Assim, em 2007, surge o AAQ, com o intuito de obter um conhecimento mais profundo do processo de adaptação ao envelhecimento pelas próprias pessoas idosas que se encontram a experienciá-lo, uma vez que só elas o detêm e o podem perspetivar da forma mais realista, fornecendo contributos fidedignos e relevantes (Laidlaw, Power, Schmidt & World Health Organization Quality of Life-OLD Group, WHOQOL-OLD Group, 2007). O objetivo do AAQ – enquanto instrumento de auto-preenchimento para pessoas idosas – é captar a experiência individual de envelhecimento e as atitudes em relação ao próprio envelhecimento. A sua estrutura sugere, ainda, a possibilidade de operacionalizar e avaliar envelhecimento bem-sucedido. A criação do AAQ seguiu a metodologia de desenvolvimento de escalas utilizada no World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100) do WHOQOL Group. De facto, o AAQ foi desenvolvido paralelamente ao módulo para pessoas idosas (OLD), o WHOQOL-OLD.

O processo de desenvolvimento envolveu 20 centros WHOQOL-OLD e duas fases: estudo piloto e ensaio de campo. Iniciou com uma revisão da literatura e um grupo focal preliminar (35 pessoas idosas com idade média de 75 anos) em Fife, na Escócia, tendo-se gerado um conjunto de itens. Esses itens foram depois disseminados por grupos focais de 15

centros WHOQOL-OLD internacionais. Utilizou-se o método Delphi<sup>1</sup> para atingir um consenso entre os centros WHOQOL-OLD. O retorno deu origem a uma versão piloto com 44 itens: tanto redigidos num formato geral, como num formato mais pessoal (perspetiva geral e experiencial); escritos numa forma negativa, assim como numa forma positiva; “em geral” enquanto enquadramento temporal; e formato de resposta tipo Likert de 5 pontos. Depois, os dados pilotos recolhidos através dessa versão do AAQ (1356 participantes de 15 centros WHOQOL-OLD) foram submetidos a análises de psicometria clássica e moderna, para efeitos de redução de escala, exploração da sua estrutura e testar a equivalência dos itens entre populações díspares. Por fim, excluiu-se, modificou-se e incluiu-se itens, resultando em 38 itens inseridos num ensaio de campo de maiores dimensões, pretendendo-se refinar ainda mais o questionário. Os dados obtidos (5566 participantes de 20 centros WHOQOL-OLD) foram analisados para gerar a versão final do instrumento, o AAQ-24 itens, composto por três subescalas. A sua criação envolveu um processo compreensivo, que seguiu uma forte abordagem concetual, multidimensional, cultural, metodológica e empírica, tornando-o a medida de atitudes face ao envelhecimento mais completa, específica e fidedigna, que permite comparações e uso interculturais (Laidlaw et al., 2007). Sabe-se da existência de catorze adaptações: inglesa (Laidlaw et al., 2007; Laidlaw, Kishita, Shenkin & Power, 2017), húngara (Tróznai & Kullmann, 2007), brasileira (Chachamovich, Fleck, Trentini, Laidlaw & Power, 2008), norueguesa, canadense (Kalfoss, Low & Molzahn, 2010), chinesa (Yi-fan, Da-hua, Yong-guang & Laidlaw, 2010), coreana (Yoo, 2010), checa (Bužgová & Klechová, 2011), turca (Eser et al., 2011), espanhola (Lucas-Carrasco, Laidlaw, Gómez-Benito & Power, 2013), australiana (Brown et al., 2015), belga/francesa (Marquet et al., 2016), malaia (Yunus et al., 2016) e iraniana/persa (Rejeh et al., 2017). Estas demonstraram as suas boas propriedades psicométricas.

Dez anos depois do desenvolvimento do AAQ-24, Laidlaw et al. (2017) apresentaram uma versão curta com 12 itens (AAQ-12). Os autores focaram a prioridade atual em medir construtos rapidamente, em contextos de saúde, onde o fator tempo é crucial, como ponto-chave da necessidade de uma versão curta. Pretendeu-se equilibrar menos tempo de preenchimento e menor sobrecarga do respondente, sem perda de conceitos essenciais e comprometimento da qualidade psicométrica. A seleção dos 12 itens, a partir

---

<sup>1</sup> Uma lista de itens pré-estabelecida é entregue a especialistas. Cada um, independentemente, ordena os itens consoante um critério pré-definido, devolvendo os resultados. Este processo envolve várias ondas até se atingir um grau de consenso entre especialistas.

dos 24 originais, seguiu a seguinte estratégia: (i) os itens foram organizados por ordem decrescente de magnitude das suas correlações item-subescala; (ii) preservando uma alta consistência com o AAQ-24, selecionou-se, para cada subescala, um número de itens igual; (iii) foram criados 3 formatos possíveis – AAQ-6, AAQ-9 e AAQ-12; (iv) avaliou-se a consistência interna dos 3 formatos, tendo como critério  $\alpha \geq .70$  para cada subescala; (v) considerando esse critério e uma maior amplitude de conteúdo, selecionou-se o AAQ-12. O instrumento possui três subescalas (três dimensões de envelhecimento consistentes com investigação gerontológica), cada uma com 4 itens: Perda Psicossocial (PP), onde a velhice é percebida primariamente como uma experiência negativa, envolvendo perda psicológica e social relevante; Mudança Física (MF), que foca o funcionamento físico mais abrangente, com itens relativos à saúde, exercício e experiência de envelhecimento propriamente dita; Crescimento Psicológico (CP), uma perspectiva explicitamente positiva, podendo ser sintetizada em “sabedoria/crescimento pessoal”, e cujos itens refletem ganhos positivos em relação ao próprio/self e aos outros. As três subescalas advogam a perspectiva multidimensional de envelhecimento, onde concorrem ganhos e perdas, pois claramente a subescala PP subentende atitudes negativas e a CP atitudes positivas face ao envelhecimento. O formato de resposta é de tipo Likert de 5 pontos, entre *discordo totalmente* (1) e *concordo totalmente* (5). O AAQ-12 foi concebido para fornecer um perfil de pontuações de atitudes face ao envelhecimento ao nível das três dimensões (mínima 4 e máxima 20). Pontuações mais elevadas sugerem uma apreciação mais positiva de envelhecimento / atitudes positivas face ao envelhecimento. Como na subescala PP os itens encontram-se invertidos, pontuações elevadas nestes itens indicam atitudes negativas (Laidlaw et al., 2017).

Numerosos estudos com o AAQ têm trazido resultados valiosos, tanto evidenciando relações com outros construtos, como diferenciando grupos relevantes. Vários estudos verificaram que idosos com atitudes mais negativas face ao envelhecimento apresentam ansiedade (Bryant et al., 2012; Shenkin et al., 2014; Laidlaw et al., 2017) e depressão (Tróznai & Kullmann, 2007; Chachamovich et al., 2008; Kalfoss et al., 2010; Eser et al., 2011; Bryant et al., 2012; Lucas-Carrasco et al., 2013; Shenkin et al., 2014; Laidlaw et al., 2017).

Por comparação, idosos com atitudes mais positivas mencionam melhor qualidade de vida (Tróznai & Kullmann, 2007; Kalfoss et al., 2010; Eser et al., 2011; Lucas-Carrasco et al., 2013; Marquet et al., 2016; Rejeh et al., 2017), encontram-se mais satisfeitos com a sua saúde (Kalfoss et al., 2010) e manifestam melhor estado de saúde físico e mental (Yi-fan et al., 2010; Kalfoss et al., 2010; Eser et al., 2011; Bryant et al., 2012; Lucas-Carrasco

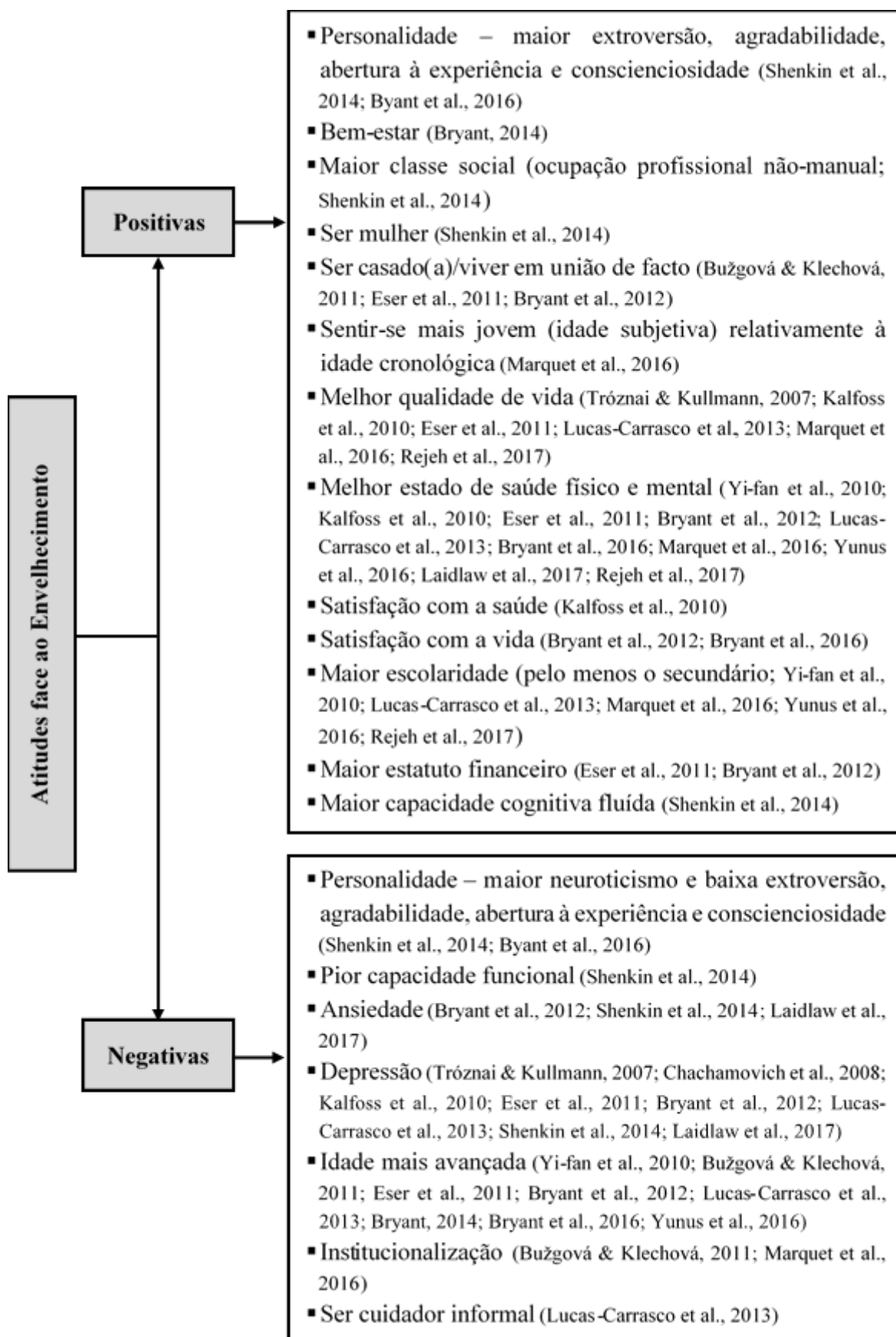
et al., 2013; Bryant et al., 2016; Marquet et al., 2016; Yunus et al., 2016; Laidlaw et al., 2017; Rejeh et al., 2017). Mais especificamente, idosos que consideram a sua qualidade de vida como muito fraca exibem mais atitudes negativas, comparativamente àqueles que a consideram muito boa (Laidlaw et al., 2017). Idosos com um maior número de condições de saúde crónicas apresentam atitudes mais negativas, relativamente a idosos com menos (3 ou mais condições em Kalfoss et al., 2010; 4 ou mais condições em Lucas-Carrasco et al., 2013). Aqueles que não se consideram saudáveis, comparativamente àqueles que se definem saudáveis, mostram mais atitudes negativas (Kalfoss et al., 2010; Eser et al., 2011; Laidlaw et al., 2017).

A personalidade é outro construto cujo efeito nas atitudes já foi demonstrado (Bryant, 2014). Certos traços, como maior extroversão, abertura à experiência, agradabilidade e conscienciosidade encontram-se relacionados com atitudes face ao envelhecimento mais positivas (Shenkin et al., 2014; Bryant et al., 2016).

Por se terem verificado resultados consistentes e amplamente reiterados com ansiedade, depressão, qualidade de vida, saúde e personalidade, e porque estas foram algumas das medidas utilizadas pelos autores originais do AAQ, no presente estudo de validação portuguesa optou-se também por as utilizar. Todavia, também outros construtos possuem impacto nas atitudes (medidas pelo AAQ) e encontram-se sinteticamente apresentados na Figura 1.

Figura 1

*Preditores de Atitudes Positivas e Negativas face ao Envelhecimento (estudos com o AAQ)*



## **Presente estudo**

Esta investigação teve como principal objetivo desenvolver a versão portuguesa do AAQ-12<sup>2</sup>, analisando as suas propriedades psicométricas. Para isso, avaliou-se a validade de construto através de Análise Fatorial Confirmatória (AFC), da consistência interna e de associações com medidas relevantes (idade, escolaridade, ansiedade, depressão, qualidade de vida, satisfação com a saúde, estado de saúde atual e personalidade). A validade discriminante também foi determinada, comparando-se idosos com presença/ausência de ansiedade e depressão. Previamente, foi efetuada tradução e retroversão do instrumento, que depois foi aplicado a uma amostra de idosos portugueses com idade igual ou superior a 60 anos. Esperou-se testar as seguintes hipóteses de investigação, de acordo com a literatura acima descrita:

1. O AAQ-12 português apresentará a mesma estrutura trifatorial que a versão original.
2. Encontrar-se-ão correlações entre o AAQ-12 e idade, escolaridade, ansiedade, depressão, qualidade de vida, satisfação com a saúde, estado de saúde atual e personalidade.
3. Idosos com ansiedade e depressão apresentarão atitudes mais negativas face ao envelhecimento.

## **2. Método**

### **2.1. Participantes**

Neste estudo participaram 248 indivíduos, dos quais 12 foram eliminados devido a valores omissos em pelo menos um item nos instrumentos utilizados. Na Tabela 1 encontra-se a caracterização da amostra final, que inclui 236 indivíduos (57.6% mulheres) entre os 60 e os 92 anos de idade ( $M = 71.1$ ,  $DP = 7.9$ ). A maioria dos participantes (65.7%) avaliou a sua qualidade de vida como boa, cerca de 61.4% indicou estar satisfeito(a) com a sua saúde e 55.1% considerou-se moderadamente saudável.

---

<sup>2</sup> Esta investigação incluiu-se num grande projeto denominado “Symbiotic technology for societal efficiency gains: Deus Ex Machina” (DeM), financiado pelo N2020, e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Tabela 1

*Caraterização da Amostra (N = 236)*

<b>Indicador</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
60 – 69 anos	108	45.9
70 – 79 anos	89	37.9
≥ 80 anos	38	16.2
<b>Sexo</b>		
Feminino	136	57.6
Masculino	100	42.4
<b>Escolaridade</b>		
1.º – 4.º ano	143	60.6
5.º – 6.º ano	20	8.5
7.º – 9.º ano	20	8.5
10.º – 12.º ano	23	9.7
Licenciatura	24	10.2
Mestrado / Doutoramento	5	2.1
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	12	5.1
Casado(a)/em união de facto	160	68.4
Viúvo(a)	50	21.4
Divorciado(a)	12	5.1
<b>Habitação</b>		
Casa	210	89
Instituição	26	11
<b>Está atualmente doente?</b>		
Sim <sup>1</sup>	43	18.2
Não	193	81.8

<sup>1</sup> Algumas condições de saúde referidas: Diabetes ( $n = 12$ ), Osteoartrose ( $n = 7$ ), Osteoporose ( $n = 5$ ), doenças cardíacas ( $n = 5$ ), Hipertensão Arterial ( $n = 4$ ), doença oncológica ( $n = 3$ ).

## 2.2. Medidas e Instrumentos

**2.2.1. Atitudes face ao Envelhecimento.** O AAQ-12 foi traduzido para português por duas pessoas nativas portuguesas, fluentes em inglês. As duas versões foram comparadas e discutidas, alcançando-se consenso e uma única tradução. Seguiu-se a retroversão,

efetuada por uma pessoa nativa inglesa e fluente em português, tendo-se verificado equivalência semântica entre a versão original e a portuguesa (assumiu-se a abreviatura AAQ-12 P). Finalmente, depois de uma reflexão falada com quatro idosos, realizaram-se pequenos ajustes e obteve-se a versão final (Tabela 2).

Tabela 2

*Correspondência entre os Itens Originais e os Portugueses, Agrupados por Subescala*

<b>Dimensão/Subescala</b>	<b>Itens Originais (AAQ-12)</b>	<b>Itens Portugueses (AAQ-12 P)</b>
<b>Physical Change</b>	I don't feel old.	1. Não me sinto velho/velha.
<b>Mudança Física</b>	I have more energy now than I expected for my age.	4. Tenho mais energia do que esperava para a minha idade.
	My health is better than I expected for my age.	7. A minha saúde está melhor do que esperava para a minha idade.
	I keep as fit and active as possible by exercising.	10. Tento manter-me em forma praticando exercício físico.
<b>Psychosocial Loss</b>	Old age is a depressing time of life.	3. A velhice é um período da vida deprimente. <sup>1</sup>
<b>Perda Psicossocial</b>	I see old age mainly as a time of loss.	6. Vejo a velhice principalmente como um tempo de perda. <sup>1</sup>
	As I get older I find it more difficult to make new friends.	9. Com a idade, torna-se mais difícil fazer novos amigos. <sup>1</sup>
	I feel excluded from things because of my age.	12. Sinto-me posto/posta de parte em várias ocasiões por causa da minha idade. <sup>1</sup>
<b>Psychological Growth</b>	It is a privilege to grow old.	2. É um privilégio chegar a uma idade avançada.
<b>Crescimento Psicológico</b>	There are many pleasant things about growing older.	5. Envelhecer também traz muitas coisas agradáveis.
	It is very important to pass on the benefits of my experiences to younger people.	8. É muito importante para mim transmitir aos mais novos o que aprendi com a experiência.
	I want to give a good example to younger people.	11. Quero ser um bom exemplo para os mais novos.

<sup>1</sup>Itens invertidos, constituindo atitudes negativas nessa dimensão.



**2.2.2. Ansiedade e Depressão.** A ansiedade e a depressão foram avaliadas pela Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983, versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007). O instrumento é composto por 14 itens, sendo que 7 itens correspondem à dimensão ansiedade e outros 7 à dimensão depressão. Cada item possui 4 categorias de resposta que são cotadas de 0 a 3. A pontuação para ambas as dimensões varia entre 0 e 21, sendo aconselhado o ponto de corte  $\geq 8$  para detetar depressão e ansiedade (Zigmond & Snaith, 1983). Na presente amostra, a consistência interna foi:  $\alpha_{\text{ansiedade}} = .78$  e  $\alpha_{\text{depressão}} = .77$ .

**2.2.3. Qualidade de Vida e Saúde.** Para avaliar qualidade de vida e satisfação com a saúde, foram utilizados os 2 itens mais gerais do World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1998, versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006): “Como avalia a sua qualidade de vida?” e “Até que ponto está satisfeito/a com a sua saúde?”. Em ambos os itens a escala de resposta é de tipo Likert de 5 pontos, entre  *muito má*  (1) e  *muito boa*  (5) e entre  *muito insatisfeito*  (1) e  *muito satisfeito*  (5), respetivamente. Adicionalmente, avaliou-se o estado de saúde atual a partir da questão “Em que medida se considera saudável?”, utilizando uma escala de resposta de tipo Likert de 5 pontos, entre  *nada*  (1) e  *completamente*  (5; baseado em Laidlaw et al., 2017).

**2.2.4. Personalidade.** Foi utilizado o Ten-Item Personality Inventory (TIPI; Gosling, Rentfrow & Swann Jr., 2003, versão portuguesa de Nunes, Limpo, Lima & Castro, 2018) enquanto medida breve das cinco grandes dimensões (Big-Five) da personalidade: extroversão, agradabilidade, conscienciosidade, estabilidade emocional e abertura à experiência. A escala de resposta é de tipo Likert de 7 pontos, entre  *discordo totalmente*  (1) e  *concordo totalmente*  (7). Na presente amostra, a consistência interna foi:  $\alpha_{\text{extroversão}} = .48$ ,  $\alpha_{\text{agradabilidade}} = .34$ ,  $\alpha_{\text{conscienciosidade}} = .26$ ,  $\alpha_{\text{estabilidade emocional}} = .28$  e  $\alpha_{\text{abertura à experiência}} = .48$ .

## **2.3. Procedimento**

O documento de recolha de dados, com os instrumentos compilados, foi auto-preenchido pelos participantes, recrutados em diversos locais (e.g., estância termal, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, centro de estética e ginástica passiva, e comunidade em geral).

### 3. Resultados

Na Tabela 3 apresentam-se as estatísticas descritivas por item e subescalas do AAQ-12 P. A cotação média dos itens variou entre  $M = 2.02$ ,  $DP = 0.97$  (item 12) e  $M = 4.41$ ,  $DP = 0.70$  (item 8). A pontuação média nas subescalas foi:  $M_{MF} = 14.04$  ( $DP = 3.01$ ),  $M_{PP} = 9.05$  ( $DP = 2.76$ ) e  $M_{CP} = 16.94$  ( $DP = 2.36$ ).

Relativamente à normalidade das distribuições, a análise aos valores de assimetria e curtose revelou:  $-1.63$  (item 2)  $> As < 1.07$  (item 12) e  $-0.66$  (item 9)  $> Cu < 3.58$  (subescala CP). Logo, não foram encontrados valores absolutos  $As \geq 3$ , nem valores absolutos  $Cu \geq 10$ , o que sugere a inexistência de problemas de desvio à distribuição normal (Kline, 2016).

As correlações inter-item variaram entre  $r = -.44$  e  $r = .65$ , ambos  $p < .01$ . Tal como se pode observar na Tabela 3, todos os itens correlacionaram-se positiva e fortemente com a subescala a que pertencem:  $.66 > r_{MF} < .75$ ,  $.60 > r_{PP} < .74$  e  $.67 > r_{CP} < .78$  (todos  $p < .01$ ). A fidelidade, medida pela consistência interna, foi:  $\alpha_{MF} = .62$ ,  $\alpha_{PP} = .59$  e  $\alpha_{CP} = .68$ .

Tabela 3

*Análise Descritiva e Fatorial dos Itens e Subescalas do AAQ-12 P (N = 236)*

AAQ	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>As</i>	<i>Cu</i>	Correlações item-subescala	Pesos fatoriais estandardizados
<b>Mudança Física</b>	14.04	3.01	- 0.38	- 0.33		
Item 1	3.44	1.24	- 0.59	- 0.65	.66**	.42***
Item 4	3.66	0.97	- 0.56	- 0.23	.75**	.78***
Item 7	3.44	0.97	- 0.37	- 0.22	.69**	.64***
Item 10	3.49	1.21	- 0.61	- 0.52	.66**	.42***
<b>Perda Psicossocial</b>	9.05	2.76	0.31	- 0.11		
Item 3	2.49	1.16	0.35	- 0.79	.74**	.65***
Item 6	2.06	0.94	0.66	- 0.24	.72**	.73***
Item 9	2.48	1.03	0.29	- 0.66	.62**	.36***
Item 12	2.02	0.97	1.07	0.97	.60**	.36***
<b>Crescimento Psicológico</b>	16.94	2.36	- 1.27	3.58		
Item 2	4.39	0.87	- 1.63	2.65	.72**	.52***
Item 5	3.80	0.98	- 0.85	0.41	.67**	.41***
Item 8	4.41	0.70	- 1.36	3.41	.78**	.83***
Item 11	4.34	0.74	- 1.27	2.70	.73**	.74***

Nota. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

### 3.1. Análise Fatorial Confirmatória

Para testar a estrutura trifatorial do AAQ-12 P, conduziu-se uma AFC. O modelo foi estimado recorrendo ao Método da Máxima Verosimilhança e avaliado através dos seguintes índices de qualidade de ajustamento: teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Consideraram-se os valores de referência para bom ajustamento avançados por Marôco (2010):  $\chi^2/\text{gl} \leq 2$ ;  $\text{CFI} \geq .90$ ;  $\text{TLI} \geq .90$ ;  $\text{RMSEA} \leq .10$ ;  $p(\text{rmsea} \leq .05) \geq .05$ .

Os resultados mostraram-se abaixo do adequado:  $\chi^2 = 136.88$ ,  $p < .001$ ;  $\chi^2/\text{gl} = 2.68$ ;  $\text{CFI} = .85$ ;  $\text{TLI} = .81$ ;  $\text{RMSEA} = .09$ ;  $p(\text{rmsea} \leq .05) = .001$ . Encontraram-se índices de modificação elevados (entre 13.1 e 26), envolvendo o item 5 da subescala CP, que saturou em todas as subescalas e demonstrou covariância residual com o item 6 da subescala PP. Contudo, os pesos fatoriais de todos os itens, incluindo do item 5, foram adequados ( $\geq .36$ , todos  $p < .001$ ). As três subescalas correlacionaram-se moderadamente entre si:  $r_{\text{MF-PP}} = -.31$ ,  $r_{\text{MF-CP}} = .50$  e  $r_{\text{PP-CP}} = -.45$  (todos  $p < .001$ ).

Dado que os resultados da AFC foram abaixo do adequado, efetuou-se uma segunda AFC excluindo o item 5, que indicou um bom ajustamento:  $\chi^2 = 71.18$ ,  $p = .002$ ;  $\chi^2/\text{gl} = 1.74$ ;  $\text{CFI} = .94$ ;  $\text{TLI} = .92$ ;  $\text{RMSEA} = .06$ ;  $p(\text{rmsea} \leq .05) = .31$ . Todavia, não se verificaram aumentos consideráveis nos pesos fatoriais (o maior aumento foi de .02 nos itens 8 e 11), tendo até ocorrido diminuição de .01 em 3 itens (1, 2 e 7). Assim, optou-se por manter a estrutura original do instrumento com 12 itens.<sup>3</sup>

### 3.2. Correlações com Medidas Relevantes

A Tabela 4 apresenta as correlações entre o AAQ-12 P e idade, escolaridade, ansiedade, depressão, qualidade de vida, satisfação com a saúde, estado de saúde atual e traços de personalidade.

Apenas a subescala PP correlacionou-se positivamente com a idade e negativamente com a escolaridade. Todas as subescalas correlacionaram-se moderadamente com ansiedade e fortemente com depressão (de forma positiva apenas em PP). A qualidade de vida, a satisfação com a saúde e o estado de saúde atual correlacionaram-se positivamente com MF e CP e negativamente com PP, tendo-se obtido correlações mais fortes em MF (excetuando a correlação qualidade de vida-CP). Todos os traços de personalidade correlacionaram-se,

---

<sup>3</sup> As análises subsequentes foram também efetuadas com a subescala CP sem o item 5. Porém, os resultados obtidos não foram melhores, comparativamente ao instrumento com os 12 itens originais.

pequena a moderadamente, de forma positiva com as subescalas MF e CP. PP apenas correlacionou-se negativamente com extroversão, estabilidade emocional e abertura à experiência.

Tabela 4

*Correlações entre o AAQ-12 P e Medidas Relevantes: Idade, Escolaridade, Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida, Satisfação com a Saúde, Estado de Saúde Atual e Personalidade (N = 236)*

<b>Medida</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>AAQ – MF</b>	<b>AAQ – PP</b>	<b>AAQ – CP</b>
Idade	71.09	7.89	-.12	.15*	-.06
Escolaridade	2.06	1.53	.11	-.18**	.08
Ansiedade	7.09	3.54	-.41**	.42**	-.44**
Depressão	6.18	3.68	-.56**	.56**	-.51**
Como avalia a sua qualidade de vida?	3.80	0.56	.32**	-.17**	.36**
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	3.66	0.77	.55**	-.28**	.23**
Em que medida se considera saudável?	3.32	0.71	.56**	-.29**	.28**
Extroversão	4.57	1.46	.19**	-.27**	.32**
Agradabilidade	6.03	0.95	.19**	-.12	.26**
Conscienciosidade	5.82	1.10	.15*	-.13	.30**
Estabilidade emocional	3.84	1.25	.23**	-.27**	.19**
Abertura à experiência	4.55	1.45	.42**	-.34**	.40**

*Nota.* \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

### 3.3. Validade Discriminante

Como mostrado na Tabela 5, os participantes com ansiedade e depressão evidenciaram atitudes mais negativas em todas as dimensões do AAQ-12 P, face aos participantes sem ansiedade e depressão. O efeito foi particularmente forte na depressão.

Tabela 5

Validade Discriminante do AAQ-12 P quanto à Medida de Ansiedade e Depressão, HADS (N = 236)

Subescala do AAQ	Sem ansiedade (n = 131)		Ansiedade (n = 105)		t	d
	M	DP	M	DP		
MF	14.56	2.80	13.38	3.14	- 3.06**	0.40
PP	8.26	2.59	10.03	2.67	5.15***	0.68
CP	17.65	1.82	16.05	2.65	- 5.48***	0.72

Subescala do AAQ	Sem depressão (n = 146)		Depressão (n = 90)		t	d
	M	DP	M	DP		
MF	14.95	2.70	12.56	2.90	- 6.44***	0.87
PP	8.19	2.56	10.43	2.52	6.58***	0.89
CP	17.73	2.16	15.66	2.12	- 7.21***	0.94

Nota. Ponto de corte  $\geq 8$  para presença de ansiedade e depressão.\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

#### 4. Discussão

Este estudo teve como objetivo adaptar e validar a versão portuguesa do AAQ-12, avaliando a sua validade e fidelidade numa amostra de 236 idosos portugueses, verificando associações entre este e outras medidas relevantes, assim como demonstrando a sua capacidade discriminante. A versão portuguesa demonstrou boas propriedades psicométricas (consistência interna, validade de construto e discriminante).

Relativamente aos valores de consistência interna do AAQ-12 P, estes podem ser o resultado do número reduzido de itens por subescala. O alfa de Cronbach da subescala Perda Psicossocial pode ser um reflexo dos pesos fatoriais mais baixos dos itens 9 e 12. Já o valor de alfa na subescala Crescimento Psicológico foi superior ao obtido no instrumento original ( $\alpha_{MF} = .73$ ,  $\alpha_{PP} = .68$  e  $\alpha_{CP} = .61$ ; Laidlaw et al., 2017), que na versão portuguesa foi o mais elevado. Uma vez que a presente validação é pioneira, só é possível comparar com a original de 12 itens. Porém, outras validações europeias do AAQ-24 (espanhola, belga/francesa e norueguesa, respetivamente) encontraram os seguintes valores de fidelidade:  $\alpha_{MF} = .73$ ,  $\alpha_{PP} = .70$  e  $\alpha_{CP} = .59$  (Lucas-Carrasco et al., 2013);  $\alpha_{MF} = .75$ ,  $\alpha_{PP} = .74$  e  $\alpha_{CP} = .62$  (Marquet et al., 2016);  $\alpha_{MF} = .75$ ,  $\alpha_{PP} = .73$  e  $\alpha_{CP} = .73$  (Kalssof et al., 2010). Lucas-Carrasco et al. (2013), na adaptação espanhola do AAQ-24, tendo verificado um valor de alfa de Cronbach reduzido, concluem e recomendam que os participantes das amostras devam ser semelhantes

em termos de experiências de vida, já que a variabilidade influenciará este dado. No presente estudo, embora em número reduzido ( $n = 26$ ), participaram idosos institucionalizados. Estes são idosos que vivenciam diferentes desafios daqueles que residem no próprio domicílio e possuirão uma provável funcionalidade global reduzida, resultando numa experiência subjetiva de envelhecimento distinta.

No que diz respeito à AFC, a estatística de qualidade de ajustamento do AAQ-12 P verificou-se tanto semelhante à da versão original do AAQ-12, onde Laidlaw et al. (2017) concluíram um ajustamento adequado aos dados (indicam que os itens 2 e 5 saturam também na subescala Mudança Física, possuindo pesos fatoriais baixos,  $\leq .23$ ), como à da versão original do AAQ-24, onde Laidlaw et al. (2007) também concluíram um bom ajustamento (referem que dois a três itens saturam em outras subescalas, não especificando). Apesar da ausência de um ajustamento ideal (Marôco, 2010), este não é um resultado exclusivo da adaptação portuguesa. Ainda assim, de sublinhar que a versão portuguesa demonstrou os resultados mais favoráveis, de entre as validações brasileira (Chachamovich et al., 2008), canadiana, norueguesa (Kalssof et al., 2010), turca (Eser et al., 2011) e australiana (Brown et al., 2015). Adicionalmente, todos os itens saturaram fortemente nas subescalas a que naturalmente pertencem e com pesos fatoriais adequados. Sobre o comportamento do item 5 da subescala Crescimento Psicológico, que também saturou em Mudança Física e Perda Psicossocial, Laidlaw et al. (2017) aludem ao facto da própria subescala Crescimento Psicológico avaliar atitudes face ao envelhecimento qualitativamente diferentes (ganhos em relação ao self e ganhos em relação aos outros), informando que a eliminação de itens restringiria a diversidade e a avaliação dos dois construtos aí medidos, tendo em conta que metade dos itens da subescala mede um e a outra metade outro. Para além da versão original, as versões brasileira, canadiana e norueguesa também verificaram que o item 5 saturou em outras subescalas e apresentou covariâncias residuais elevadas, como na portuguesa (Chachamovich et al., 2008; Kalssof et al., 2010).

Concetualmente, o desenvolvimento do AAQ teve por base a perspetiva multidimensional de envelhecimento, pelo que a justificação para o comportamento do item 5 (consultar itens por extenso na Tabela 2) pode encontrar-se no facto de que embora as subescalas meçam dimensões qualitativamente diferentes, elas influenciam-se lógica e mutuamente. Por exemplo, se para um dado idoso envelhecer não trouxe coisas agradáveis (cotação negativa no item 5), isso poderá dever-se a ver a velhice como um tempo de perda (cotação positiva no item 6; e.g., neste período da sua vida pode ter falecido o seu cônjuge) e/ou a considerar a sua saúde como pior (cotação negativa no item 7; e.g., osteoartrose no

joelho causa-lhe dores fortes constantes). Logo, os resultados da AFC refletem, adaptativa e inerentemente, o ultrapassar das mudanças físicas e perdas psicossociais pelos idosos, por forma a prosseguir com os seus objetivos de vida e alcançar ganhos pessoais e interpessoais (equilíbrio perdas-ganhos). Em suma, apesar do item 5 saturar em todas as subescalas, ele contribui fortemente para a coerência da subescala Crescimento Psicológico ( $r = .67, p < .01$ ), à qual pertence. A sua eliminação desequilibraria a avaliação dos ganhos positivos em relação ao self, nesse caso apenas avaliados pelo item 2. Laidlaw et al. (2017) retiveram o item 5, dado que as suas propriedades psicométricas foram adequadas e o item contribui para a estrutura global do instrumento, quando comparando ao AAQ-24.

Parece haver relação entre possuir uma idade mais avançada e atitudes de Perda Psicossocial face ao envelhecimento mais negativas. Este dado é coerente, pois idosos mais velhos terão já passado por um maior número de perdas (e.g., diminuição da funcionalidade, falecimento de familiares/amigos, menor participação social ativa), comparativamente a idosos mais jovens, pelo que terão uma conceção de envelhecimento mais diminuída. Já possuir maior escolaridade parece indicar atitudes mais positivas nessa dimensão, o que é congruente, uma vez que idosos com maior escolaridade presumivelmente possuem mais recursos (e.g., intelectuais/cognitivos, ferramentas de coping mais desenvolvidas, maior rede de relações interpessoais, maiores oportunidades de emprego, maior poder financeiro, melhor estatuto social), fundamentais para experienciar o envelhecimento de uma forma mais positiva, segura e saudável. Estes dois resultados são consistentes com a literatura (Yi-fan et al., 2010; Bužgová & Klechová, 2011; Eser et al., 2011; Bryant et al., 2012; Lucas-Carrasco et al., 2013; Bryant, 2014; Bryant et al., 2016; Marquet et al., 2016; Yunus et al., 2016; Rejeh et al., 2017).

Quanto mais os idosos apresentam ansiedade e depressão, mais demonstram uma apreciação negativa de envelhecimento em todas as dimensões. Essa relação é mais forte para depressão. Semelhantemente, Shenkin et al. (2014), usando a mesma medida (HADS), verificaram o mesmo resultado, contudo com valores absolutos inferiores e ausência de correlação entre ansiedade e Crescimento Psicológico. Outros estudos encontraram associações moderadas a fortes, na mesma lógica, para depressão (Tróznai & Kullmann, 2007; Chachamovich et al., 2008; Kalssof et al., 2010; Eser et al., 2011; Lucas-Carrasco et al., 2013). A ansiedade e a depressão são perturbações que claramente influenciam e são influenciadas pelas atitudes face ao envelhecimento.

Quanto melhor avaliação fazem da sua qualidade de vida, mais os idosos apresentam atitudes positivas face ao envelhecimento em todas as dimensões, particularmente em

Mudança Física e Crescimento Psicológico. Esta relação foi igualmente observada por Kalssof et al. (2010), usando a mesma medida (item do WHOQOL-BREF). Neste sentido, possuir uma pior experiência de envelhecimento parece afetar negativamente a qualidade de vida da pessoa idosa, e vice-versa.

No domínio saúde (satisfação com a saúde e estado de saúde atual), logicamente e como era esperado, verificou-se uma forte correlação com a dimensão Mudança Física. Ou seja, a uma experiência de envelhecimento com bom funcionamento físico está associada satisfação com a saúde e melhor percepção de estado de saúde. Em geral, quanto mais satisfeitos com a sua saúde e quanto mais se consideram saudáveis, mais os idosos vêem o envelhecimento como uma experiência positiva em todas as dimensões. A relação com satisfação com a saúde foi semelhante à evidenciada por Kalssof et al. (2010), usando a mesma medida (item do WHOQOL-BREF). Yi-fan et al. (2010) e Marquet et al. (2016) obtiveram resultados similares com estado de saúde. Assim, o comprometimento da funcionalidade global do idoso afeta direta e negativamente a experiência de envelhecimento, especialmente se o idoso possuir uma doença crônica, dolorosa ou incapacitante.

Atitudes positivas encontram-se associadas a maior extroversão, agradabilidade, conscienciosidade, estabilidade emocional e abertura à experiência. Estes resultados vão de encontro à literatura (Shenkin et al., 2014; Bryant et al., 2016). Logo, a experiência subjetiva de envelhecimento parece relacionar-se significativamente com a personalidade do indivíduo. Adicionalmente, abertura à experiência parece exercer a maior influência nas atitudes. Esta evidência também foi verificada por Bryant et al. (2016) e é coerente, pois pessoas com este traço mais vincado interessam-se por ideias abstratas e novas experiências, são flexíveis, criativas e curiosas, características benéficas para uma adaptação positiva às mudanças físicas e perdas psicossociais, e ao sentido de crescimento pessoal que acompanham o envelhecimento. Assim, idosos mais abertos à experiência possuem atitudes mais positivas. Bryant et al. (2016) não verificaram correlações Crescimento Psicológico-conscienciosidade e Crescimento Psicológico-abertura à experiência e Shenkin et al. (2014) não encontraram esta última, ao contrário do presente estudo. Como utilizaram o International Personality Item Pool e o NEO Five Factor Inventory, respetivamente, trabalharam o traço neuroticismo, aqui substituído por estabilidade emocional (TIPI). Por isso, nesses estudos, maior neuroticismo foi associado a atitudes de Mudança Física e Crescimento Psicológico negativas, já que pessoas mais neuróticas possuem uma propensão



geral para experienciar emoções negativas e, consequentemente, possuir uma visão mais negativa de envelhecimento.

O poder discriminante do AAQ-12 P face a grupos relevantes foi comprovado, esperando-se que idosos com ansiedade e depressão tenham atitudes mais negativas face ao envelhecimento. Logo, resultados mais reduzidos no AAQ-12 P devem alertar os profissionais a conduzir avaliações adicionais em idosos para descartar perturbações mentais, como depressão e ansiedade, assim detetando e intervindo precocemente. Os resultados de Laidlaw et al. (2017), com a mesma medida (HADS), confirmam os aqui obtidos (não detetaram diferenças em Crescimento Psicológico-ansiedade). Assim como os resultados de Lucas-Carrasco et al. (2013) para depressão.

Como anteriormente referido, realizaram-se análises simultâneas com a subescala Crescimento Psicológico com e sem o item 5, para averiguar o comportamento face às restantes medidas. Verificou-se que as correlações entre todas as medidas utilizadas no presente estudo e a dimensão sem o item 5 diminuem – à exceção do traço de personalidade conscienciosidade –, por comparação à dimensão sem exclusão do item. Ainda que nos testes de diferenças com a dimensão Crescimento Psicológico sem o item 5 se tenha obtido resultados estatisticamente significativos, eles foram ligeiramente inferiores (magnitude de efeito), comparativamente aos resultados da mesma dimensão com esse item.

A ausência de equilíbrio na amostra relativamente às respostas às questões de qualidade de vida, satisfação com a saúde e estado de saúde atual impossibilitou a realização de testes de diferenças entre grupos, tal como em Laidlaw et al. (2017), e inicialmente desejado. Teria sido interessante verificar diferenças entre participantes institucionalizados e participantes a residir no próprio domicílio, o que também não foi possível.

A maior limitação do presente estudo encontra-se na impossibilidade de generalizar, com rigor, os resultados obtidos na amostra à população idosa portuguesa, em geral, devido à ausência de aleatorização no recrutamento dos participantes (tal como em outras validações – belga/francesa, brasileira, espanhola, húngara e malaia). A natureza não experimental da investigação também impossibilita retirar inferências causais entre as medidas aqui estudadas. Não se encaram os resultados da AFC enquanto uma limitação, uma vez que vão de encontro às evidências encontradas na literatura relativamente à estrutura do AAQ. A inclusão de apenas alguns idosos institucionalizados na presente amostra representa a realidade portuguesa, pois a maioria da população idosa reside no próprio domicílio.

## 5. Conclusão

Em geral, os resultados sugerem que idade, escolaridade, ansiedade, depressão, qualidade de vida, satisfação com a saúde, estado de saúde atual e personalidade possuem influência nas atitudes e experiência individual de envelhecimento. Concluindo, evidências ressaltam a importância da inclusão do AAQ-12 P nas avaliações dos profissionais que trabalham com idosos, que devem promover intervenções/estratégias viradas para a consciencialização e mudança de atitudes negativas, assim prevenindo problemas relacionados com a saúde, dado o poder preditivo deste instrumento. Atitudes positivas, por outro lado, possuem um efeito protetivo e estão na base de um envelhecimento bem-sucedido (compromisso ativo com a vida e bom funcionamento).

O AAQ parte do pressuposto de que as atitudes, percepções e experiências subjetivas dos idosos face ao próprio processo de envelhecimento surgem como construtos mais pertinentes, comparativamente a indicadores objetivos de saúde, quando se trata de compreender o ajustamento bem-sucedido ao envelhecimento. Tal como referido por Laidlaw et al. (2017), é pertinente o desenvolvimento de pontos de corte (em planeamento, segundo os autores) que diferenciem entre atitudes ótimas e não-ótimas face ao envelhecimento, inclusive para populações clínicas.

Mudança de atitudes, para um envelhecimento bem-sucedido, é conseguida pelo envolvimento ativo em atividades que promovam a saúde global e a auto-eficácia, assim como a redução do idadismo. Por exemplo, nas escolas deverá incluir-se educação relativamente à prevenção de atitudes/ações idadistas, focando nas consequências dos estereótipos e incutindo desde tenra idade uma visão adequada de envelhecimento e da sua variabilidade, assim como da competência das pessoas mais velhas, permitindo a diminuição do fosso entre estas duas gerações opostas. Esta educação também pode ser inserida em contexto laboral, em adultos, bem como institucional, junto de profissionais que trabalham diretamente com esta população (e.g., Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas). Programas comunitários/psicoeducativos para idosos são outro exemplo (Monsees, 2002).

O AAQ é uma medida única que permite, entre outros,: (i) compreender a forma como os indivíduos envelhecem em diferentes contextos e culturas; (ii) entender o desenvolvimento e assimilação de atitudes face ao envelhecimento; (iii) apurar estereótipos associados ao envelhecimento; (iv) identificar ganhos e perdas associados à velhice; (v) avaliar alteração de sintomas, em contexto terapêutico, já que é um instrumento que discrimina grupos clinicamente relevantes; (vi) medir o impacto de fornecimento de

serviços, seja em contexto de saúde (e.g., Centro de Saúde, Hospital, estância termal) ou social (e.g., Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Serviço de Apoio Domiciliário), nas atitudes individuais das pessoas idosas, por forma a otimizá-los ou ajustá-los; (vii) averiguar a eficácia e impacto físico e psicológico de intervenções clínicas/terapêuticas e não-clínicas; (viii) examinar o efeito de políticas na experiência individual de envelhecimento e no envelhecimento bem-sucedido.

O AAQ-12 P apresenta boas propriedades psicométricas, comparáveis à versão original e a estudos de validação internacionais. Para além de contribuir para a validade intercultural do instrumento, a adaptação para Portugal veio preencher uma lacuna e permitirá novos estudos, que investiguem predições/relações/efeitos entre atitudes face ao envelhecimento e outros constructos, para além dos aqui trabalhados [e.g., inteligência, estratégias de coping, viuvez, funcionalidade, comportamentos preventivos de saúde, idadismo, suporte social, reforma tardia/idosos empregados, bem-estar, satisfação com a vida, intimidade/relação amorosa, zona de residência (rural *versus* urbana), idade subjetiva, quantidade de condições de saúde], ou mesmo estudos em subgrupos de idosos (e.g., centenários, institucionalizados, cuidadores informais de outros idosos). Reveste-se de utilidade para investigação longitudinal e internacional, sendo ideal para inclusão em baterias de testes ou surveys. Oferece-se aqui um instrumento útil para profissionais no terreno, investigadores e decisores políticos.

## **Referências bibliográficas**

Brown, L., Bowden, S., Bryant, C., Brown, V., Bei, B., Gilson, K., Komiti, A., & Judd, F. (2015). Validation and utility of the Attitudes to Ageing Questionnaire: Links to menopause and well-being trajectories. *Mauritas*, 82(2), 190-196. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.06.042

Bryant, C., Bei, B., Gilson, K., Komiti, A., Jackson, H., & Judd, F. (2012). The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1674-1683. doi:0.1017/S1041610212000774

Bryant, C. (2014). Attitudes to ageing: What is the role of personality? [Supplemental material, 16<sup>th</sup> International Congress of International Psychogeriatric Association]. *International Psychogeriatrics*, 25, 9-52. doi:10.1017/S1041610213002135

Bryant, C., Bei, B., Gilson, K., Komiti, A., Jackson, H., & Judd, F. (2016). Antecedents of attitudes to aging: A study of the roles of personality and well-being. *The Gerontologist*, 56(2), 256-265. doi:10.1093/geront/gnu041

Butler, R. N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246. doi:10.1093/geront/9.4\_Part\_1.243

Bužgová, R. & Klechová, H. (2011). Measuring older peoples attitudes to ageing [Abstract]. *Prakticky Lekar*, 91(7), 396-401.

Chachamovich, E., Fleck, M. P., Trentini, C. M., Laidlaw, K., Power, M. J. (2008). Development and validation of the Brazilian version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): An example of merging classical psychometric theory and the Rasch measurement model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(5), 1-10. doi: 10.1186/1477-7525-6-5

Eser, E., Gerçeklioğlu, G. S., Eser, S., Fidaner, C., Baysan, P., Pala, T., & Dündar, P. (2011). Psychometric properties of the Turkish version (AYTA-TR) of the Who-Europe Attitudes of Aging (EAAQ) Questionnaire [Abstract]. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 101-110.

Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann Jr., W. (2003). A very brief measure of the big-five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504-528. doi:10.1016/S0092-6566(03)00046-1

Instituto Nacional de Estatística. (2013a). *Índice de envelhecimento por local de residência (à data dos Censos 2011) e sexo*. Retrieved from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0006041&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006041&contexto=bd&selTab=tab2)

Instituto Nacional de Estatística. (2013b). *Índice de longevidade por local de residência (à data dos Censos 2011) e sexo*. Retrieved from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0007070&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007070&contexto=bd&selTab=tab2)

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Esperança de vida aos 65 anos por sexo*. Retrieved from

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001723&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001723&contexto=bd&selTab=tab2)

Kalssof, M. H., Low, G., & Molzahn, A. E. (2010). Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire for Canadian and Norwegian older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 75-85. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00786.x

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation model* (4a ed.). New York: The Guilford Press.

Laidlaw, K., Power, M. J., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 367-379. doi:10.1002/gps.1683

Laidlaw, K., Kishita, N., Shenkin, S. D., & Power, M. J. (2017). Development of a short form of the attitudes to ageing questionnaire (AAQ). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-9. doi:10.1002/gps.4687

Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), 409-417. doi: 10.1093/geronb/57.5.P409

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. doi: 10.1037/0022-3514.83.2.261

Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x

Levy, B. R., Zonderman, A., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological Science*, 20(3), 296-298. doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x

Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., Gómez-Benito, J., & Power, M. J. (2013). Reliability and validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in older people in Spain. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 490-499. doi: 10.1017/S1041610212001809

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.

Marquet, M., Missotten, P., Schroyen, S., van Sambeek, I., van den Akker, M., Van Den Broeke, C., Buntinx, F., & Adam, S. (2016). A validation of the French version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): Factor structure, reliability and validity. *Psychologica Belgica*, 56(2), 1-21. doi: 10.5334/pb.301

Monsees, C. V. (2002). Ageism. In D. J. Ekerdt (Eds.), *Encyclopedia of Aging* (pp. 36-40). New York: Macmillan Reference USA.

Nunes, A., Limpo, T., Lima, C. F., & Castro, S. L. (2018). Short scales for the assessment of personality traits: Development and validation of the Portuguese Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Frontiers in Psychology*, 9, 1-5. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00461

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi:10.1080/13548500500524088

Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Vaismoradi, M., Griffiths, P., Nikkhah, M., Bahrami, T. (2017). Psychometric properties of the Farsi version of Attitudes to Aging Questionnaire in Iranian older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1531-1542. doi:10.2147/CIA.S139321

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433

Shenkin, S. D., Laidlaw, K., Allerhand, M., Mead, G. E., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2014). Life course influences of physical and cognitive function and personality on attitudes to aging in the lothian birth cohort 1936. *International Psychogeriatrics*, 26(9), 1417-1430. doi:10.1017/S1041610214000301

Tróznai, T. & Kullmann, L. (2007). Assessment of the quality of life and the attitudes to ageing of elderly people [Abstract]. *Lege Artis Medicinae*, 17(2), 137-143.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Vogel, T. & Wanke, M. (2016). What is an attitude and why is it important?. In T. Vogel & M. Wanke (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp. 1-17). London: Routledge.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

World Health Organization Quality of Life Group. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. doi:10.1017/S0033291798006667

Yi-fan, H., Da-hua, W., Yong-guang, & Laidlaw, K. (2010). Application of Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) among Chinese aged adults [Abstract]. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 18(4), 447-450.

Yoo, J. H. (2010). *Effects of restriction of daily living activities on depression in the elderly: Testing for mediating and moderating effects of attitudes towards ageing* (Unpublished master's thesis). Chungbuk National University, Cheongju.

Yunus, N. M., Manaf, N. H. A., Omar, A., Juhdi, N., Omar, M. A., & Salleh, M. (2016). Attitude towards ageing and perceived health status among the elderly in Malaysia. *Advances in Business Research International Journal*, 2(2), 27-38.